

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА РЕЛАТОКС®

Я, _____, _____ года рождения
проживающий(ая) по адресу: _____

_____, телефон: _____

даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата Релатокс® с целью коррекции морщин врачом _____

_____, Контактный телефон врача: _____

Я подтверждаю, что меня в полном объеме проинформировали о ходе процедуры и вводимом препарате.

Препарат Релатокс® применяется для временной коррекции мимических морщин у взрослых путем внутримышечных инъекций.

Релатокс® вызывает расслабление мышц, в которые он вводится, результатом чего является разглаживание морщин.

Действие препарата длится в среднем около 6 месяцев.

Противопоказания:

- возраст до 18 лет; повышенная чувствительность к компонентам препарата;
- воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции; острая фаза инфекционных заболеваний;
- выраженный гравитационный птоз тканей лица; выраженные грыжи в области верхних и нижних век;
- период менее 3 месяцев после перенесенной хирургической операции на лице;
- беременность, лактация (грудное вскармливание).

Релатокс® необходимо вводить с осторожностью и под контролем: у пациентов с нарушениями нервно-мышечной передачи,

у пациентов с патологическими изменениями роговицы, экхимозами в области введения препарата.

При высокой степени миопии и закрытоугольной глаукоме препарат вводится по заключению офтальмолога.

Я подтверждаю, что мне не известно о наличии у меня какого-либо из перечисленных выше состояний.

Побочное действие:

Местные реакции: боль в месте инъекции, раздражение и отек, уплотнение, эритема, стянутость кожи, гиперемия, микрогематомы, экхимозы, точечный кератит. При некачественном выполнении процедуры возможны травмы иглой нервов и сосудов. Реакции, связанные с распространением препарата на мышечные группы, расположенные вблизи места инъекции: опущение межбровной области, латеральных участков бровей, птоз, нарушение аккомодации, сухость в глазах, фотофобия и повышенное слезоотделение, трудность смыкания век, лагофтальм, парез и паралич мимической мускулатуры, асимметрия углов рта, нарушение артикуляции, онемение губ.

Системные реакции: общая слабость, головная боль, головокружение, тошнота, сонливость.

Возможно кратковременное повышение температуры до 37,5°C.

Я предупрежден(а), что при длительном сохранении или нарастании какой-либо из побочных реакций, а также развитии нежелательного явления, не перечисленного выше, мне следует немедленно обратиться к своему лечащему врачу.

Действие препарата Релатокс® усиливается при одновременном применении антибиотиков группы аминогликозидов, эритромицина, тетрациклина, полимиксинов, средств, уменьшающих нервно-мышечную передачу.

После введения препарата может развиваться мышечная слабость, головокружение и расстройства зрения, может создаваться опасность при управлении автомобилем или работе с движущимися механизмами.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

Проинформировал меня обо всех аспектах процедуры.

Дал мне возможность задать все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.

Предоставил мне время для принятия обдуманного решения о проведении процедуры.

Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.



Информация о процедуре:

Дата процедуры _____ 20__ г.

Серия Релатокс® _____

Общая доза введенного препарата _____

Примечания: _____

Подпись пациента _____ Дата _____ 20__ г.

Подпись врача _____ Дата _____ 20__ г.